

Для подтверждения диагноза пациенту было рекомендовано пройти генетическое исследование – панель на нейромышечную патологию. Результаты обследования не известны.

#### **Выводы:**

Данное клиническое наблюдение в очередной раз подчеркивает трудность выявления истинной причины страдания пациента и полиморфизм клинических проявлений одного и того же заболевания.

При ведении пациента с дисфагией всегда следует исключать нейромышечный уровень поражения, опираясь на стандарты обследования, приведенные в международных клинических рекомендациях.

В данном конкретном случае ОФМД эквивалентом птоза стала слабость круговой мышцы глаза, а не мышцы, поднимающей верхнее веко, вероятно, из-за большего вовлечения в патологический процесс лицевой мускулатуры, а не экстраокулярных мышц. С другой стороны, клиническая картина любой нозологии есть континуум, то есть отсутствие признака сегодня, не исключает появление его в дальнейшем.

#### **Список литературы:**

1. Куртанов Х.А. Окулофарингеальная миодистрофия и генетическая вариабельность локуса ОФМД в популяциях Якутии: диссертация ... канд. мед. наук : 03.02.07. – . Томск, 2015. – 139 с.
2. Banerjee A, Corbett AH. PABPN1: molecular function and muscle disease. FEBS J. A Banerjee, LH Apponi, GK Pavlath, 2013. - №280. - P. 4230-50.
3. Trollet C,. Oculopharyngeal Muscular Dystrophy. C Trollet, T Gidaro, P Klein, et al 2001. - № 8. - 1993-2019. - P.324.
4. Werling S,. Oculopharyngeal muscular dystrophy as a rare cause of dysphagia. S Werling, B Schrank, AJ Eckardt, A Hauburger, M Deschauer, M Müller Ann Gastroenterol. 2015. - 28 №2. - P.291-293.
5. WGO Global Guidelines — Dysphagia / J. Malagelada, F. Bazzoli, G. Boeckxstaens, D. De Looze et al. – World Gastroenterology Organisation, 2014. – P. 25.
6. Witting N Duno M, Milea D, Vissing J. Ocular, bulbar, limb, and cardiopulmonary involvement in oculopharyngeal muscular dystrophy. N Witting, A Mensah, L Køber, H Bundgaard, H Petri Acta Neurol Scand. – 2014. - №130(2). - P. 125-30.

УДК 616-009.7

**Рудь К.О., Чистякова К.И., Гончаров М.Ю.**  
**РОЛЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО**  
**СПОНДИЛОДИСЦИТА В ФОРМИРОВАНИИ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО**  
**БОЛЕВОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ**  
**ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики  
Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

**Rud' K.O., Chistyakova K.I., Goncharov M.U.**

**THE ROLE OF NON-SPECIFIC HEMATOGENIC SPONDYLODISCITIS IN  
THE FORMATION OF VERTUSAL BRAIN SYNDROME AMONG  
PATIENTS WITH TERMINAL CHRONIC RENAL FAILURE**

Department of nervous diseases, neurosurgery and medical genetics  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: murmur07031994@gmail.com

**Аннотация.** В статье представлено исследование 7 клинических случаев (5 женщин, 2 мужчин) с выставленным диагнозом неспецифического гематогенного спондилодисцита в сочетании с терминальной хронической почечной недостаточностью с целью изучения этиологии, путей профилактики и улучшения результатов лечения неспецифических гематогенных спондилитов у пациентов, находившихся на хроническом программном гемодиализе (ХПГД). Все пациенты были госпитализированы в связи с катетер-ассоциированной инфекцией кровотока, септическим состоянием неясного генеза, прогрессирующими неврологическими нарушениями в отделение хронического гемодиализа ГБУЗ СО «СОКБ №1». Пациенты были проконсультированы нейрохирургом, прооперированы, из них 1 летальный случай в связи с развитием тромбоэмболии легочной артерии, у остальных 6 пациентов наблюдались хорошие и удовлетворительные исходы (отсутствие осложнений, значительный регресс жалоб).

**Annotation.** The article presents a study of 7 clinical cases (5 women, 2 men) with a diagnosis of nonspecific hematogenous spondilodiscitis in combination with terminal chronic renal failure in order to study the etiology, ways to prevent and improve the results of treatment of nonspecific hematogenous spondylitis in patients who were on chronic program hemodialysis. All patients were hospitalized in connection with a catheter-associated bloodstream infection, a septic condition of unclear genesis, and progressive neurological disorders in the chronic hemodialysis unit of the health care facility "SOKB No. 1". The patients were consulted by a neurosurgeon, underwent surgery, 1 of them was fatal due to the development of pulmonary embolism, the remaining 6 patients had good and satisfactory outcomes (no complications, significant regress of complaints).

**Ключевые слова:** спондилодисцит, катетер-ассоциированная инфекция кровотока, терминальная почечная недостаточность

**Key words:** spondylodiscitis, catheter-related infection of the bloodstream, terminal renal failure

**Введение**

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) представляет собой неизбежный исход многих хронических заболеваний почек. Отмечается постоянный рост числа пациентов, страдающих ХПН: так за последнее двадцатилетие их количество возросло в 4 раза. По литературным данным количество пациентов, получающих гемодиализ на территории Свердловской области, составляет примерно 900 человек.

В то же время по причине роста числа катетеризаций сосудистого русла повышается частота катетер-ассоциированных инфекций кровотока (КАИК). Они составляют группу инфекционных заболеваний, развивающихся по причине использования сосудистого катетера с целью введения лекарственных препаратов, забора проб крови и других процедур при оказании медицинской помощи [5]. У 15% пациентов после постановки центрального венозного катетера (ЦВК) развиваются механические, инфекционные (5-25% случаев) или тромботические осложнения, требующие его обязательного удаления [1].

С клинической точки зрения КАИК может проявлять себя в следующих формах: 1) местная инфекция (в месте выхода катетера либо в виде туннельной инфекции, затрагивающей кожу и подкожную клетчатку по протяженности катетера, введенного в центральные вены (центральный доступ); 2) инфекция крови (бактериемия, сепсис). Ее необходимо исключать у каждого из пациентов с установленным сосудистым катетером, когда появляется лихорадка без другой доказанной причины.

В случае клинического проявления КАИК в виде сепсиса возможно распространение инфекции в другие органы и ткани гематогенным путем с развитием соответствующих заболеваний. Одной из клинических форм гематогенного распространения инфекционных агентов при КАИК, требующей консультации невролога и/или нейрохирурга, выступает вертебральная инфекция в виде спондилита и/или спондилодисцита того или иного отдела позвоночника [6].

Неспецифический гематогенный спондилодисцит – серьезное осложнение КАИК у пациентов, получающих хронический гемодиализ. Отсутствие должного внимания к жалобам пациентов на появившиеся или усилившиеся вертебральные боли приводит к поздней постановке диагноза, потере времени для раннего старта антибактериальной терапии и к появлению необходимости хирургического лечения пациентов с соматической отягощенностью.

**Цель исследования** – изучить этиологические аспекты развития, а также пути профилактики и улучшения результатов лечения неспецифических гематогенных спондилодисцитов у пациентов, которые находятся на хроническом программном гемодиализе.

#### **Материалы и методы исследования**

Ретропроспективный анализ 7 клинических случаев с выставленным диагнозом неспецифического гематогенного спондилодисцита, наблюдавшихся за период с 2017 по 2018 год в ГБУЗ СО «СОКБ №1» в отделении хронического гемодиализа. Все пациенты получали хронический программный гемодиализ на

протяжении от 6 месяцев до 10 лет и жаловались на боли в спине в разные периоды своей жизни.

Среди пациентов количество женщин – 5 (71,43%), мужчин – 2 (25,57%). Средний возраст пациентов –  $56,4 \pm 5,4$  лет. У 4 (57,14%) из 7 пациентов имелась сопутствующая эндокринная патология в виде сахарного диабета 1 типа с инсулинопотребностью ( $p < 0,05$ ).

Для оценки состояния пациентов и последующей динамики течения гематогенного спондилодисцита был произведен анализ следующих синдромов: болевого вертебрального, неврологических нарушений, синдрома системного воспалительного ответа [3]. Болевой вертебральный синдром был оценен по Цифровой рейтинговой шкале боли (Numerus Pain Scale). Неврологический статус был оценен по шкале Франкеля (Frankel Scale, Н. Frankel, 1969), согласно которой выделяют 5 типов выраженности чувствительных и двигательных спинальных неврологических нарушений: А – полное повреждение, сопровождающееся отсутствием двигательных и чувствительных функций; В – полное отсутствие функции движения при сохранении чувствительности; С – выраженные нарушения двигательной функции при сохранении чувствительности; D – легкие нарушения движений при сохранении чувствительности; Е – неврологических нарушений нет.

При поступлении в стационар всем пациентам была выполнена компьютерная и/или магнитно-резонансная томография (компьютерный рентгеновский томограф «Toshiba Aquilion 64», магнитно-резонансный томограф «Siemens Magnetom Essenza») пораженного позвоночно-двигательного сегмента для уточнения характера патологического процесса, оценки распространенности поражения, поиска эпи- и интрадуральных, паравертебральных гнойных очагов, определения степени и локализации сдавления нейрососудистых образований в позвоночном канале, наличия компрессионной миелопатии.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В ходе проведенного анализа было установлено, что средние значения выраженности болевого вертебрального синдрома у пациентов составили  $8,7 \pm 1,5$ . Все исследуемые имели неврологические нарушения разной степени выраженности, и в зависимости от них было произведено следующее распределение: степень С – у 3 (42,85%), D – у 4 (57,14%). Нарушений, относящихся к степеням А, В и Е, в данной группе пациентов не было. Синдром системного воспалительного ответа выявили у всех 7 (100%) пациентов.

По нейровизуализационным данным наиболее часто воспалительный процесс наблюдался в поясничном отделе позвоночника – 4 (57,14%), несколько реже – в грудном – 2 (28,57%) и шейном – 1 (14,28%) отделах позвоночного столба ( $p < 0,1$ ). Чаще наблюдалось наличие сочетания спондилодисцита и эпидурального абсцесса – в 6 (85,71%) наблюдениях, изолированный эпидуральный абсцесс выявили у 1 (14,28%) пациента ( $p < 0,05$ ).

В среднем появление болевого вертебрального синдрома на фоне перенесенной КАИК составило  $23 \pm 1,2$  суток. Стоит отметить, что сообщение появившихся жалоб на боли лечащему врачу лишь в 2 случаях (25,57%) стало поводом для направления пациентов на рентгенологическое исследование позвоночника. В остальных же случаях были назначены нестероидные противовоспалительные препараты без дополнительного обследования.

Учитывая имевшиеся неврологические нарушения, неэффективность медикаментозной терапии, не купируемый болевой вертебральный синдром, все 7 пациентов были прооперированы [4]. Основу хирургического лечения для 5 пациентов составляли декомпрессивно-санирующие операции с целью устранения фактора компрессии нейрососудистых образований в позвоночном канале, санации очага инфекции. В 2 случаях были выполнены декомпрессивно-стабилизирующие операции, направленные на устранение факторов компрессии, санацию очага, интраоперационную стабилизацию позвоночника титановыми фиксаторами [2].

Результаты лечения были оценены по динамике болевого вертебрального и неврологического синдромов, синдрома системного воспалительного ответа, также было учтено отсутствие общих и раневых осложнений. Среди 7 наблюдавшихся прооперированных пациентов один случай летальный (тромбоэмболия легочной артерии на фоне сопутствующего бактериального эндокардита). У 6 пациентов наблюдались хорошие и удовлетворительные исходы на фоне отсутствия осложнений и значительного регресса жалоб. В последующее время на повторных осмотрах в период от 6 до 24 месяцев соотношение исходов хирургического лечения не менялось.

#### **Выводы:**

1. Неспецифический гематогенный спондилит у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью - редкое и, в ряде случаев, фатальное септическое осложнение хронического гемодиализа.
2. При появлении острого или усилении хронического болевого вертеброгенного синдрома у пациентов, получающих хронический почечный гемодиализ, необходима консультация невролога/нейрохирурга и проведение нейровизуализации для исключения вертебральной инфекции и самого раннего старта специализированных лечебных мероприятий.
3. Профилактика катетер-ассоциированной инфекции кровотока с учетом возможных септических осложнений – важное мероприятие по предотвращению инфекционных вертебральных осложнений.

#### **Список литературы:**

1. Биккулова Д.Ш. Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером (ЦВК) [Электронный ресурс] // Федеральные клинические рекомендации. – 2017. URL: <https://zdrav36.ru/files/fkr-2017-profilaktika-kateter-associirovannyh-infekcij-krovotoka.pdf> (дата обращения: 25.10.2018).
2. Гончаров М.Ю., Сакович В.П., Левчик Е.Ю. Синдром системного воспалительного ответа в хирургическом лечении неспецифических гнойных

заболеваний позвоночника [Электронный ресурс] // Acta Biomedica Scientifica: электрон. научн. журн. – 2012. – №4-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-sistemnogo-vozpалitel'nogo-otveta-v-hirurgicheskom-lechenii-nespetsificheskikh-gnoynyh-zabolevaniy-pozvonochnika> (дата обращения: 16.10.2018).

3. Гончаров М.Ю. Неспецифический гематогенный спондилодисцит как причина вертебрального болевого синдрома у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью / Гончаров М.Ю., Чистякова К.И., Рудь К.О. // Уральский медицинский журнал. – 2018. – №11 (166). – С. 23-26.

4. Кубраков К.М., Мигунова В.А. Спондилодисциты: современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] // Вестник ВГМУ: электрон. научн. журн. – 2018. – №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/spondilodistsity-sovremennye-podhody-k-dagnostike-i-lecheniyu> (дата обращения: 16.10.2018).

5. Кумирова Э.В. ЦВК-ассоциированные инфекции кровотока: современный взгляд на проблему / Э.В. Кумирова // Вестник интенсивной терапии. – 2013. – № 3. – С. 37-43.

УДК 616.807

**Сентябрева Д.А., Губина П. Ю., Харковец Н.К., Шуракова К. Л.,  
Ошурков П.А., Ефимов Д.В.**

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ EPIDURAL BLOOD PATCH У  
ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННОЙ ЛИКВОРНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ НА  
ФОНЕ ФОРМИРОВАНИЯ СПИНАЛЬНЫХ ЛИКВОРНЫХ ФИСТУЛ**

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики  
Уральский государственный медицинский университет  
Муниципальное автономное учреждение «Городская клиническая  
больница №40»  
Екатеринбург, Россия

**Sentyabreva D.A., Gubina P.Y., Harkovets N. K., Shurakova K. L.,  
Oshurkov P.A., Efimov D.V.**

**THE EXPERIENCE OF USING EPIDURAL BLOOD PATCH METHOD  
FOR PATIENTS WITH SPONTANEOUS INTRACRANIAL HYPOTENSION  
ASSOCIATED WITH APPEARANCE OF CEREBROSPINAL FLUID LEAKS**

Department of nervous diseases, neurosurgery and medical genetics  
Ural state medical university  
Municipal autonomous institution «Clinical City Hospital № 40»  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: polinayugubina@gmail.com